

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

28

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André FONTANILLE

De la Faculté de Médecine de Paris

Né le 23 Février 1900

à Oradour-s-Vayres (HauteVienne)

**La difficulté du Diagnostic
de la Péritonite Purulente Généralisée
d'origine appendiculaire chez l'enfant**

PARIS

LES PRESSES MODERNES

45, Rue de Maubeuge

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE **289**

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André FONTANILLE

De la Faculté de Médecine de Paris

Né le 23 Février 1900

à Oradour-s-Vayres (HauteVienne)

**La difficulté du Diagnostic
de la Péritonite Purulente Généralisée
d'origine appendiculaire chez l'enfant**

PARIS

LES PRESSES MODERNES

45, Rue de Maubeuge

1927

682



I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
	BESANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale.	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale.	BAUDOUIN.
Physiologie.	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale.	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale.	CHIRAY
Pathologie médicale.	CLERC.
Hygiène.	DEBRÉ.
Anatomie pathologique	I. de JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale.	FIESSINGER.
Pathologie médicale.	FOIX.
Pathologie expérimentale.	GARNIER.
Pathologie médicale.	HARVIER.
Urologie.	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LÉVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale.	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale.	RIBIERRE.
Physiologie	RICHET fils.
Pathologie médicale.	TANON.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale.	VILLARET.
Ophthalmologie.	VELTER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie médicale.	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERER.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL, LAVASTINE.
Clinique médicale infantile	LEREBoullet.
Clinique médicale	LERI.
Clinique médicale	LÉPER.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.	MAUCLAIRE, agrégé
Stomatologie	FREY.
Education physique.	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*« En reconnaissance de nombreux
« sacrifices, j'offre ce faible témoi-
« gnage de ma profonde affection ».*

A MES DEUX FRÈRES

A MA TANTE ET A MON ONCLE PAUL

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A mes compagnons d'études :

MM. GOUMY, MASSON

THEILLAUMAS, VERGEADE

A MES MAITRES

de l'Ecole de Médecine et de l'Hôpital de Limoges

A MES MAITRES

de la Faculté de Paris

A MES MAITRES

dans les Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRÉCHOT

Chirurgien de l'Hôpital Trousseau

Chevalier de la Légion d'Honneur

A Mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

Professeur de Clinique chirurgicale infantile

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants malades

Officier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Dans la pathologie infantile, l'appendicite est certainement l'affection qui occupe la place la plus grande, mais c'est aussi l'affection la plus irrégulière et la plus trompeuse.

Ayant eu l'occasion d'observer, à l'hôpital Trousseau, dans le service de notre maître, le docteur Bréchet, un certain nombre de Péritonites Appendiculaires, il nous a semblé intéressant d'insister une fois de plus sur la difficulté du diagnostic de ces Péritonites, du fait de la pauvreté de leurs symptômes de début.

Très souvent, en effet, la Péritonite purulente généralisée de l'enfant, revêt dans les premières heures, c'est-à-dire à sa période vraiment chirurgicale, une symptomatologie extrêmement fruste, parfois même monosymptomatique ; et, pourtant, il est de toute nécessité de poser très précocement un diagnostic sûr, pour faire bénéficier à l'enfant du traitement chirurgical dans les toutes premières heures, car l'évolution de ces Péritonites se fait avec une rapidité extrême.

Avant d'entreprendre notre travail, nous ne saurions trop remercier M. le Professeur Ombredanne pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, ni M. le docteur Bréchet pour la large hospitalité qu'il nous a offerte dans son service et l'affectueux intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Nous devons aussi exprimer notre plus vive reconnaissance à tous nos Maîtres dans nos Hôpitaux.

Nous réservons enfin, une très large part de notre gratitude à M. Pierre Lejeune, interne des Hôpitaux de Paris, qui nous a aidé de ses conseils. Il nous a toujours honoré des meilleures marques de son amitié et nous sommes heureux de lui exprimer notre vive reconnaissance.

HISTORIQUE

La Péritonite Appendiculaire a une histoire qui remonte déjà à de nombreuses années.

En 1759, Mestivier et Grisolles signalent la perforation de l'appendice iléo-coecal.

Méliér en 1827, publie le premier un mémoire sur l'appendicite et entrevoit déjà la possibilité de la traiter chirurgicalement. « S'il était possible, dit-il dans ses conclusions, « d'établir d'une manière certaine le diagnostic de ces « affections, on concevrait la possibilité d'en débarrasser « les malades au moyen d'une opération ; on arrivera peut- « être un jour à ce résultat ».

Dans les années qui suivent, malgré d'autres mémoires (Malespine 1841). — Forget (1853). — Fabre (1851). — on continue à ignorer l'intérêt des lésions appendiculaires.

Biermer en 1874, With en 1879, puis Talamon en 1882, voient les relations qui existent entre la perforation appendiculaire et la pérityphlite. Mosimann dans sa thèse en 1882, observe la guérison d'une péritonite généralisée par laparatomie et drainage, et la signale à l'attention publique.

Réginald Fitz (Mémoires de 1886 et de 1888), rattache les abcès de la fosse illiaque droite à l'altération de l'appendice. Mais c'est seulement à partir de 1889, à la suite des discussions au « Congrès Français de Chirurgie », que la question de péritonite généralisée d'origine appendiculaire entre dans la phase opératoire : avec Demons, Bouilly, Labbé, Campenon, Denucé, Brun, Routier, Poncet. — De même en Allemagne (Congrès allemand de Chirurgie de 1889), Krönlein, Mikulicz, Lücke, Wagner pratiquent la laparatomie, le lavage et le drainage et, signalent des guérisons de péritonites par perforation heureusement opérées.

Un peu plus tard, deux auteurs français : Jalaguier dans le " Traité de Chirurgie de Reclus " et Dieulafoy dans ses " Cliniques de l'Hôtel-Dieu ", montrent combien est fréquente l'appendicite. Ils lui décrivent une symptomatologie restée classique et insistent sur la nécessité de pratiquer des interventions précoces.

D'autres auteurs pensent de même, tels que : Michaux, Broca, Routier en France ; Fowler en Amérique, Grayer, Körte, Springer, Sonnenburg en Allemagne ; Roux de Lausanne « Congrès français de 1892 », montre la difficulté du diagnostic de perforation d'emblée de l'appendice et l'importance de la rétraction abdominale des parois abdominales.

La période actuelle s'ouvre avec les travaux de Murphy, Walther, Hartmann.... Au "Premier Congrès de la Société Internationale de Chirurgie" en 1905, où l'on s'occupe spécialement de la Péritonite, Lejars et Krogins (d'Helsingfors) établissent nettement dans leurs statistiques, le profit considérable de l'opération d'urgence.

Puis, Broca dans ses « Cliniques » et son « Précis de chirurgie infantile » et plus récemment Ombredanne, étudient les aspects particuliers de l'appendicite de l'enfant et son traitement.

DÉFINITION

Il y a quelques années, il était classique de considérer que le malade atteint d'une Péritonite n'avait guère de chances de salut. Même opéré, la mortalité atteignait le chiffre de 80 à 90 %. La symptomatologie qu'on en donnait, en effet, bien que dramatique, et donc facile à reconnaître, n'était qu'une symptomatologie terminale.

Le malade, suivant la description du Docteur Sauvé, avait « le facies terreux et grippé, les yeux excavés, les narines pulvérulentes. Il était en proie à d'affreuses souffrances, le tordant sur son lit où l'y couchant en chien de fusil. Les vomissements poracés, l'arrêt habituel des matières et des gaz et même des mictions spontanées ; le pouls misérable, filiforme, péritonéal, la température hypernormale et parfois hyponormale ; complétaient ce tableau précurseur d'une mort prochaine. La constatation d'une contracture généralisée confirmait le diagnostic ; on admettait qu'il fallait intervenir le plus tôt possible par de larges incisions multiples. Le résultat, répétons-le, d'une intervention pratiquée à ce stade était la mort dans 80 00 des cas environ ».

Actuellement, il faut savoir ne pas attendre cette phase classique de péritonite pour en poser le diagnostic. Il faut savoir que du pus franc peut exister dans tout l'abdomen dans les premières heures, alors que le malade souffre peu, que son pouls est bon, sa température sensiblement normale, son faciès excellent.

A ce moment, suivant l'expression de Sauvé : « La Péritonite reste une affection locale » et, si elle est opérée dès ce stade « au lieu de la mortalité de 80 0/0 qu'on avait jadis, c'est 85 à 90 0/0 de chances de sauver le malade », que l'on a.

Dans ce travail, nous aurons donc en vue, non pas le diagnostic de la Péritonite au sens classique de ce mot, mais le diagnostic de la Péritonite dans ses toutes premières heures, période chirurgicale, période où l'intervention doit presque toujours sauver le malade, période donc, essentiellement et uniquement digne d'intérêt.

Nous envisagerons donc successivement :

D'une part. — Les conditions dans lesquelles la Péritonite purulente généralisée d'origine appendiculaire se produit, les signes précoces qui, dans les cas typiques, permettent de la reconnaître.

D'autre part. — Nous discuterons un à un les symptômes, car tous n'ont pas la même valeur chez l'enfant, tous sont rarement présents dans le même malade, et, nous verrons qu'il faut savoir se contenter de peu, parfois même d'un seul de ces symptômes, pour poser avec certitude le diagnostic de péritonite purulente appendiculaire en chirurgie infantile.

FORMES CLASSIQUES DE LA PÉRITONITE PURULENTE APPENDICULAIRE

Presque toujours la Péritonite purulente généralisée fait suite à l'attaque classique d'appendicite :

« Il s'agit d'un petit malade ayant souffert déjà plus ou moins nettement du ventre, qui, brusquement est pris :

D'une douleur dans la fosse iliaque droite, douleur plus ou moins vive, mais à ce moment strictement localisée à droite.

Un ou deux vomissements alimentaires accompagnent la douleur, en même temps que l'arrêt des matières et des gaz se fait d'une façon presque complète.

Parallèlement, la température grimpe à 38° ou 38°5 le pouls s'accélère, battant à 90 ou 100, mais restant bien frappé et régulier.

A ce moment on trouve les signes classiques de la crise appendiculaire.

Le malade est immobile, le facies légèrement angoissé. L'abdomen ne respire qu'à sa partie toute supérieure, la partie basse reste immobile. Si l'on palpe doucement et avec méthode on trouve la « triade caractéristique de Dieulafoy ».

L'hypéresthésie cutanée plus ou moins nette suivent les malades.

La défense musculaire localisée à la fosse iliaque droite ; sous forme d'une résistance plus ou moins intense de la paroi.

Et enfin, le point douloureux au niveau de la région de Mac Burney.

C'est à la suite de cette crise, qui par elle-même n'indique nullement la gravité ultérieure de la maladie, que la péritonite va s'installer.

Tantôt sans rémission malgré le repos, la diète, la glace sur le ventre, les symptômes ne s'améliorent pas, au contraire.

On voit la douleur persister et avoir tendance à diffuser. La fosse iliaque droite n'est plus seulement douloureuse, mais à son tour la partie gauche de l'abdomen fait gémir le malade dès qu'on la palpe.

Les vomissements au lieu de disparaître comme c'est la règle dans la simple crise d'appendicite, se répètent, alimentaires au début, ils deviennent maintenant légèrement bilieux.

L'arrêt des matières et des gaz se complète.

Et enfin, la température au lieu de redescendre en lysis comme c'est la règle dans les formes légères de l'appendicite, se maintient à 38°5 ou 39°, tendant à dessiner des clochers.

De même le pouls s'accélère parfois : déjà il est légèrement dissocié d'avec la température, plus rapide que ne le demande l'ascension thermique.

Le facies du malade, n'est plus maintenant seulement angoissé, il s'altère légèrement. Les yeux sont légèrement cernés, les traits un peu tirés.

Notons en passant que les changements qui s'opèrent sur le facies ont une grande valeur pour le diagnostic de la péritonite

à son début, ainsi que le proclament MM. Ch. Nélaton et Richelot. Nous nous attacherons à rechercher la teinte légèrement violête signalée par Renon ; l'aspect d'un déprimé, d'un affaîssé, presque d'un typhique (Quénu) ; le facies prostré, un peu grippé (Maréchal, Mauclair).

Tantôt au contraire, c'est après une « accalmie » de 24 à 48 heures, si heureusement qualifiée de « traîtresse » par Dieulafoy, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, que les signes du début de la péritonite vont apparaître.

Sous l'influence de la glace, de la diète, du repos, la crise paraissait s'amender. La température était retombée à la normale, le pouls était devenu moins rapide, le malade avait émis quelques gaz, la douleur commençait à s'atténuer, le vomissement du début ne s'était pas reproduit.

Bref, on pourrait être autorisé à croire à une appendicite sans gravité, quand brusquement, le troisième ou sixième jour, soit spontanément, soit à *la suite d'un purgatif, contre lequel on ne saurait trop s'élever*, les signes reprennent.

La douleur reprend, souvent violente, et Delbet récemment a insisté sur la valeur de cette reprise de la douleur. « Quand, dit-il, le traitement rationnel de l'appendicite : immobilité, diète, « glace, est correctement appliqué ; s'il survient de nouvelles « poussées douloureuses, opérez immédiatement, parce qu'il y a « les plus grandes chances pour que l'appendice soit perforé ».

Les vomissements réapparaissent, l'arrêt des matières et des gaz s'installe définitivement, le facies qui avait retrouvé son

calme, s'altère à nouveau en même temps que le pouls s'accélère et que la température remonte.

Localement, la douleur s'étend à distance de la fosse iliaque droite, la respiration diaphragmatique jusqu'alors intacte disparaît.

Un tel ensemble de signes doit suffire dans l'un ou l'autre cas à affirmer qu'on n'est plus en présence d'une simple appendicite, mais d'une péritonite en voie de généralisation.

DISCUSSION, PARTICULIÈREMENT DANS LES FORMES ANORMALES, DE LA VALEUR DES SYMPTOMES ET DE LEUR FRÉQUENCE

Chez l'enfant, en effet, il faut savoir que, très souvent, l'aspect de la complication est beaucoup moins net et les signes beaucoup plus discrets.

Tout d'abord, souvent l'appendicite de l'enfant est fruste. Un des éléments de la triade peut être prédominant ou absent, masquant les autres et orientant l'esprit vers une autre affection.

La douleur spontanée a une intensité dont il est difficile d'apprécier l'importance chez l'enfant.

Le vomissement, s'il se répète et s'il coexiste avec une douleur très légère, peut faire croire plutôt à une banale indigestion. Si l'on ne pense pas à l'appendicite, et si l'on ne cherche pas les signes locaux, qui quand même existent, bien qu'atténués, on pose le diagnostic d'indigestion, on met l'enfant à la diète et quelquefois même les parents le purgent.

Il est des cas, enfin, où la *constipation* est absente, remplacée par une *diarrhée profuse* et abondante, qui fait rejeter l'idée d'une appendicite et fait poser plus volontiers le diagnostic de colite.

De même les signes qui permettent, comme nous l'avons vu, d'affirmer la Péritonite, sont parfois très atténués.

Le *facies*, considéré par Hippocrate, comme l'élément primordial du diagnostic, est parfois excellent, l'état général parfait. Tel le cas de l'enfant rapporté dans l'observation de Segond, présenté à la Société de Chirurgie le 15 juin 1899, qui présentait un état général des meilleurs : « Bon facies, dit Segond, langue « un peu blanche, humide ; ventre souple, sans ballonnement ; « disparition de toute douleur abdominale spontanée, et cepen- « dant, l'intervention pratiquée dans les heures suivantes, mirent « en évidence, dès l'ouverture du péritoine, du liquide séro puru- « lent répandu entre les anses intestinales et un appendice « sphacélé en totalité ».

Nous-mêmes, rapportons dans ce travail une observation (observation II), sensiblement analogue où l'enfant au moment où le chirurgien appelé pour l'opérer, l'examinait, avait l'aspect d'un enfant en parfaite santé.

La *température* de même, n'est pas un signe sur lequel il faille se fier d'une façon absolue. Habituellement elle se trouve aux environs de 38° à 38°,5. Mais elle peut être absolument normale, ou au contraire, à 40° au plateau, orientant alors plutôt, lorsqu'elle coexiste avec un point de côté violent, sans signes péri-

tonéaux précis, vers une Pneumonie comme c'est le cas de deux enfants dont nous rapportons les observations plus loin (obs. IV et V).

L'Etude du *Pouls* par contre, nous paraît présenter plus de valeur. Il nous a semblé que très précocement chez l'enfant le pouls, dans la Péritonite purulente généralisée appendiculaire, s'accélère et se dissocie dans la température.

Jalaguier à la Société de Chirurgie de Paris (26 juin 1895), insistait sur la valeur de ce symptôme : « La dissociation du pouls et « de la température, indique à coup sûr la tendance de la Péri-
« tonite à se généraliser, lorsqu'elle apparaît dès le début ; quel-
« ques obscurs, puissent-être les autres signes, on peut affirmer
« que la péritonite est diffuse d'emblée ».

Segond, dans l'observation de l'enfant dont nous parlons plus haut insistait également sur la grande valeur de ce signe : « C'est
« en me basant, dit-il, sur cette accélération du pouls et sur sa
« discordance avec l'amélioration générale, que je conseillais
« l'incision immédiate ».

Delbet plus récemment encore, a montré l'importance capitale de l'étude du pouls dans l'appendicite : « Lorsque je suis appelé,
« pour une appendicite, j'ai coutume de tâter le pouls avant
« d'examiner le malade ».

Et, « Approchez l'élévation thermique du nombre de pulsations : plus la discordance entre les deux sera considérable, plus il y aura de chance que le Péritoine soit touché dans son ensemble ».

Dans un numéro récent de « *La Science Médicale Pratique* » le Docteur Bréchet insiste particulièrement sur la valeur extrême « la dissociation du pouls et de la température » pour faire le diagnostic précoce de péritonite appendiculaire.

Le Professeur Ombredanne, de même, dans son « *Précis clinique et opératoire de Chirurgie infantile* », attache une grosse valeur à l'étude du Pouls dans l'appendicite de l'enfant : « Quelle que soit la température, dit-il, un pouls à 130 ou 140, impose l'intervention ».

Nous-même, dans une de nos observations (obs. III), rapportons le cas d'un enfant où la dissociation du pouls et de la température était l'unique symptôme de la Péritonite au moment où l'enfant allait être opéré et pourtant dès l'incision du péritoine on trouvait en abondance un liquide sero-purulent épais dans tout l'abdomen.

De même, à l'examen de l'abdomen de l'enfant, les signes classiques font parfois défaut ou tout au moins sont très souvent discrets.

La contracture : d'ailleurs même chez l'adulte toujours moins franche dans la Péritonite d'origine appendiculaire que dans la Péritonite par perforation d'un ulcère, est, chez l'enfant, un signe d'une valeur extrême, pour Michaux (*Bulletin et Mémoires, Société de Chirurgie*, 22 févr. 1899) et Sauvé (*Journal de Médecine et de Chir. Pratique*, Paris 1924)., quand il existe, mais qui ne doit pas faire repousser l'idée d'une péritonite quand il est absent.

Il est bien rare cependant que la contracture manque d'une façon absolue.

La douleur à la palpation de l'abdomen, est enfin un des signes les plus constants. Douleur non plus localisée à la partie droite de l'abdomen quand la Péritonite est installée, mais douleur beaucoup plus diffusée à tout l'abdomen et en particulier au niveau de la fosse iliaque gauche.

Le Professeur Quénu, il y a quelques années, insistait sur la valeur de ce signe : « Une douleur, dit-il, violente et nettement localisée, qui se change en douleur généralisée, à un endolorissement de tout l'abdomen et principalement au niveau de la fosse iliaque gauche est « un signe pathognomonique de « péritonite généralisée ».

Les douleurs appendiculaires plus aiguës (Dieulafoy XIII^e leçon « diagnostic appendicite »), la douleur plus vive depuis la nuit (Témoin, de Bourges) sont aussi des signes de péritonite généralisée et commandent l'intervention.

De même nous rapportons à la fin de ce travail deux observations dues au Docteur Mauclaire (Obs. IX et X), où il fit le diagnostic de péritonite appendiculaire, parce que la douleur diffusait un peu vers la ligne médiane.

L'hypéresthésie cutanée, serait pour Kermisson un signe de très grosse valeur « A peine ai-je approché mes doigts de la paroi abdominale au devant de la fosse iliaque droite que le malade eut un brusque mouvement de sursaut. En présence de cette « hypéresthésie énorme, dit Kermisson dans une observation

« publiée en 1912, dans le Bulletin Médical, je n'en ai pas « demandé davantage et j'ai décidé l'intervention immédiate ».

« L'hypéresthésie cutanée, dit-il plus loin, est pour moi un « signe qui a une valeur considérable et signifie gangrène de « l'appendice, et si j'y insiste ici, c'est qu'on ne semble pas y « attacher l'importance qu'elle mérite ».

Enfin, d'autres symptômes isolés, mais prépondérants, peuvent mettre sur la voie d'une péritonite purulente généralisée à son début : *l'arrêt complet des matières et des gaz depuis quatre jours* (Quénu — Société de Chirurgie, séance du 22 mars 1889), la mollesse du poulx, *l'hypotension artérielle* (Schwartz, Bull. et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris. 21 mars 1900 p. 340) : « Jamais elle ne m'a trompé, dit-il, et toutes les fois, j'ai « trouvé une péritonite déjà existante en train de se généraliser ».

N'oublions pas de signaler la diminution *ou le manque total* *de respiration abdominale*, dû à une paralysie du diaphragme. Ce symptôme, d'après Delbet, Laroyenne, (Lyon Médical 6 mai 1877), et Sauvé est suffisant pour faire le diagnostic de péritonite. De même le *frisson violent*, doit faire craindre une perforation à brève échéance de l'appendice libre dans cavité abdominale (Clapeyron. Thèse de Paris).

Donc le diagnostic du passage de l'appendicite banale à la Péritonite généralisée est loin d'être toujours aisé.

Les signes sont en effet rarement tous au complet, mais en pratique, il faut savoir poser un diagnostic sur un minimum.

Dès qu'un symptôme paraît anormal au cours d'une appendi-

cite chez l'enfant, on doit opérer immédiatement et presque toujours on trouvera une péritonite en voie de généralisation.

Il est cependant quelques signes qui sont presque toujours présents dans les cas les plus délicats.

C'est en premier lieu : *La dissociation du pouls et de la température.* Nous avons déjà longuement insisté sur la valeur de ce symptôme.

En second lieu : *La contracture généralisée à tout l'abdomen et la douleur précoce même légère de la fosse iliaque gauche.* De même *la diminution ou l'arrêt complet de la respiration abdominale et parfois l'hypéresthésie cutanée.*

Quand de tels symptômes sont constatés chez un enfant qui vient de faire une crise d'appendicite, l'intervention doit être faite d'urgence.

Les heures, les minutes comptent, dit Delbet. « Chaque heure « qui passe, fait perdre une chance de survie au malade, dit Legueu ».

Sans l'intervention précoce, en effet, l'évolution se fait très rapidement vers le tableau classique de la Péritonite.

L'état général s'altère alors d'une façon très rapide. Les yeux sont excavés, le facies tiré, le teint plombé, la langue sèche, l'enfant est profondément abattu.

La température oscille autour de 39° alors que le pouls de plus en plus rapide, devient bientôt petit et irrégulier.

Les vomissements se répètent, non plus alimentaires ou bilieux

comme au début, mais maintenant porracés ou même fécaloïdes, entrecoupés par des crises de hoquet.

L'arrêt des matières et des gaz est complet, accompagné souvent de rétention d'urine.

Localement le ventre est légèrement ballonné, la contracture est devenue moins franche, l'arrêt de la respiration abdominale est complet.

Et bientôt l'enfant meurt en quatre ou cinq jours soit en état de collapsus soit par syncope.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la péritonite purulente généralisée d'origine appendiculaire, s'il est quelquefois facile quand le tableau est typique, revêt souvent chez l'enfant de grosses difficultés.

Il existe, en effet, un certain nombre d'affections qui peuvent la simuler.

La plus importante, celle que l'on discute toujours dans les cas mal définis, est la pneumonie.

Chez l'enfant, en effet, la pneumonie débute souvent par des signes qui simulent de très près la péritonite appendiculaire.

« Il ne se passe guère de mois, dit le Professeur Ombredanne, « où n'arrive à l'hôpital, dirigé pour appendicite sur un service « de chirurgie, un enfant atteint d'une affection aiguë pleuro-pulmonaire ».

En effet, le point de côté initial de la pneumonie a souvent un siège abdominal, un ou deux vomissements l'accompagnent, remplaçant le frisson habituel de la pneumonie de l'adulte. La température s'élève, le pouls s'accélère.

C'est en somme un tableau très voisin de l'attaque appendiculaire. Quelques signes cependant, plaident en faveur de la pneumonie.

D'une part, l'absence complète de signes péritonéaux : absence de douleur à la palpation dans la région appendiculaire, absence de contracture, et enfin une température plus élevée en général que dans l'appendicite.

D'autre part, il existe dans les cas typiques quelques signes particuliers à la pneumonie : la rougeur de la pommette, l'herpès, un peu de dyspnée avec polypnée, de la toux et quelquefois une très légère submatité à la base d'un poumon.

Enfin, mais seulement le lendemain du début de la crise, à l'examen du poumon on trouve des signes témoins de l'existence du bloc pneumonique : Skodisme sous-claviculaire, asynchronisme dans hémithorax, contracture des scalènes et quelquefois même déjà quelques râles crépitants à l'auscultation attentive de l'aisselle.

Néanmoins ces signes physiques sont habituellement très discrets le premier jour. On conçoit donc combien le diagnostic peut être hésitant, d'autant, qu'en plus de l'absence fréquente de ces signes physiques, l'herpès, la rougeur de la pommette peuvent manquer également.

Enfin où la difficulté devient encore plus grande, c'est quand *Péritonite appendiculaire et pneumonie coexistent*. Quelques cas ont été publiés ; nous rappellerons à titre documentaire l'observation très démonstrative de Lesné et Marre, rapportée à ce sujet, dans le journal « *La Clinique* » en 1908 :

« Roger..., âgé de quatre ans et demi, pris brusquement de « douleur abdominale avec fièvre et vomissements alimentaires

« et bilieux, entre d'urgence à l'Hôpital Bretonneau, le 27 mai 1907, dans l'après-midi.

« A ce moment, la température est à 40° ; le pouls à 120, mais
« régulier et bien frappé ; douleur spontanée et provoquée dans
« la fosse iliaque droite, avec défense musculaire assez marquée,
« mais localisée. Le malade ne présentant aucun symptôme pul-
« monaire on pense à une appendicite, et on institue le traite-
« ment d'attente : diète absolue et glace sur le ventre.

« Le lendemain matin 28 mai, après un examen minutieux,
« on constate à la partie moyenne du poumon droit une respira-
« tion un peu soufflante avec un léger degré de submatité. La
« température se maintient élevée, le pouls reste bon, la respi-
« ration rapide. Dès lors le diagnostic est affirmé d'une façon
« absolue : *il s'agit d'une pneumonie avec réaction abdominale*
« *marquée* et le traitement est institué.

« Le soir les symptômes de réaction péritonéale s'accroissent,
« la douleur et la résistance musculaire s'étendent, la température
« est élevée et le pouls rapide ; mais les phénomènes thoraciques
« sont un peu plus marqués, on entend nettement un souffle, on
« retrouve de la matité et le diagnostic de pneumonie est main-
« tenu.

« Le lendemain 29 mai, le tableau a complètement changé :
« faciès péritonéal, classique, avec nez grippé, yeux excavés,
« ventre de bois extrêmement douloureux, pouls filiforme et
« incomptable, température à 39°5, bref tous les signes d'une
« péritonite généralisée.

« Bien que l'examen thoracique pratiqué à nouveau, fit perce-
« voir les mêmes signes que la veille, il n'y avait plus d'hésita-
« ton possible. Le malade est opéré immédiatement par M. Vil-
« lemin qui trouve en effet une péritonite généralisée d'origine
« appendiculaire. L'appendice perforé et gangrené est enlevé,
« mais l'enfant était dans un tel état qu'il mourut presque
« aussitôt.

« Notre confiance dans le diagnostic de la pneumonie était
« ébranlée, et, pourtant l'autopsie démontra l'existence d'un
« beau foyer d'hépatisation à la base du poumon droit ».

Nous rapportons également plus loin (Obs. IV et V) deux cas, où le diagnostic entre Pneumonie et Péritonite d'origine appendiculaire, fut des plus délicats.

Il semble donc qu'en pratique lorsqu'on hésite entre une Pneumonie et une péritonite appendiculaire, il soit prudent d'intervenir ; on évitera ainsi de laisser évoluer une péritonite pour laquelle l'intervention sera trop tardive quand elle sera devenue évidente.

Un autre diagnostic se pose souvent chez l'enfant. C'est celui de *colite* ou *d'embarras gastrique* : L'enfant, quelques heures après le repas, se met à vomir, se plaint du ventre, a de la diarrhée. Tout porte à croire qu'il s'agit d'une simple colite.

L'enfant est mis à la diète, les parents même quelquefois lui administrent un purgatif, et le lendemain c'est le tableau typique de la Péritonite généralisée.

A ce propos, il est bon, d'insister sur l'influence fâcheuse du

purgatif dans l'appendicite banale. Presque toujours un enfant qui vient de faire une crise d'appendicite et que l'on purge, sera dans les heures qui suivent en pleine péritonite purulente généralisée.

Notre Maître le Docteur Bréchet nous disait souvent à ce sujet: « si je me trouvais en présence de deux enfants, ayant une « appendicite à symptomatologie semblable et que je ne puisse « en opérer qu'un ; s'il y en a un qui a été purgé, c'est celui que « je choisirais ».

Il faut donc se méfier de porter à la légère le diagnostic trop simple d'embarras gastrique. Un enfant qui souffre, qui vomit, même s'il présente de la diarrhée au lieu de constipation, doit être suspecté d'une lésion appendiculaire. Bien souvent, d'ailleurs, l'examen soigneux de l'abdomen montrera que la douleur siège d'une façon élective au niveau de la région de Mac Burney.

D'autres erreurs peuvent être commises, mais elles sont moins fréquentes.

La *granulie*, par exemple, avec ses douleurs abdominales généralisées, ses vomissements, sa température à 39°, peut faire croire à une Péritonite appendiculaire.

La *péritonite à pneumocoques* de même, est d'un diagnostic très délicat.

« A la période aigüe de réaction péritonéale (vomissements, fièvre, douleurs abdominales vives, faciès angoissé), comment ne pas penser à la péritonite appendiculaire, dit Jules Comby dans le « *Journal de Médecine et de chirurgie* du 10 mars 1927 »,

on a dit que dans cette dernière il y avait constipation, tandis que l'autre s'accompagnait de diarrhée. Mais il n'est pas possible d'étayer le diagnostic sur un symptôme inconstant et d'importance secondaire. La localisation initiale de la douleur n'est pas moins trompeuse. Sans doute, l'origine et le maximum de la douleur dans la fosse iliaque droite feront pencher la balance du côté de l'appendicite. On aura ainsi une présomption, non la certitude.

L'enfant, dans la Péritonite à pneumocoques, pourra localiser sa douleur initiale, aussi bien à droite qu'à gauche, en haut qu'en bas. Puis, la souffrance se diffuse à tout l'abdomen et on peut difficilement remonter à sa source. Dans les formes septiques et généralisées, qu'il s'agisse d'appendicite, de perforation intestinale ou stomacale, de péritonite à pneumocoques, le tableau est le même et l'exploration physique du ventre ne fournira aucune lumière pour le diagnostic différentiel.

Pratiquement, l'erreur n'aurait pas grande importance, la laparatomie immédiate étant indiquée dans tous les cas. »

Plus rares encore sont les cas où l'on hésite entre une Péritonite appendiculaire et un *ostéomyélite de la crête iliaque*, une *torsion d'un kyste de l'ovaire* (thèse Barillet, Paris), une *péritonite à gonocoques* (Comby et Gadaud. — Soc. méd. des Hopitaux 24 mai 1901, obs. Broca, Mauclaire, Richardière), une *perforation intestinale d'origine typique*, une *péritonite par salpingite aiguë chez des petites filles*. (art. du Prof. Riedel d'Iéna dans « Archiv. für Klinische, chirurgie von Langenbek, 1906, ») avec

des *vomissements acétonémiques de l'enfance* (Broca. Soc. de Pédiatrie (21 fév. 1905), Marfan), *l'étranglement interne* (obs. XI).

Donc, de nombreuses affections peuvent simuler la Péritonite généralisée purulente d'origine appendiculaire de l'enfant. Mais, vu la fréquence de l'appendicite à cette période de la vie, il nous semble prudent que, chaque fois où l'hésitation est permise, il faille pencher vers l'appendicite ; trop souvent on aurait à se repentir d'avoir agi autrement.

OBSERVATION N° I

(Service de M. le Docteur Bréchet)

T... Pierre, 4 ans, est pris le 8 mai 1926, dans la soirée, d'une douleur abdominale vive dans la fosse iliaque droite, suivie d'un vomissement.

Dans la nuit, vers 3 heures du matin, le petit malade vomit une deuxième fois.

Jusqu'au lendemain midi, heure de l'examen, pas de selle.

A l'examen, l'enfant paraît fatigué, abattu ; les yeux sont cernés ; la langue est humide et bonne. La température est à 38°,5. le pouls bat à 140.

La palpation permet de constater une douleur généralisée à tout l'abdomen ; aucune sensibilité particulière dans la région de Mac Burney. La contracture est légère mais nette.

L'intervention est immédiatement décidée avec le diagnostic de Péritonite appendiculaire généralisée.

L'opération est faite le 9 mai 1926, à deux heures, par M. le Docteur Bergeret.

Incision de Mac Burney. Un liquide séro-purulent fétide sort de l'abdomen dès l'incision du péritoine. On constate la présence de fausses membranes sur les anses intestinales.

L'appendice est trouvé facilement (ablation, enfouissement — Nettoyage à l'éther — Fermeture aux crins en un plan, sans drainage).

Examen de l'appendice. — L'appendice est rouge, gros, perforé près de sa pointe. A l'ouverture, on constate un foyer de sphacèle et un petit calcul stercoral.

Suites opératoires : Le lendemain, la température tombe à 37°,4, le pouls reste rapide, bat à 120. Le faciès est meilleur. Le ventre est un peu ballonné, mais sans aucune contracture.

L'enfant sort guéri de l'Hopital Trousseau le 22 mai 1926.

Dans ce cas, le diagnostic de Péritonite appendiculaire était aisé à poser. Le tableau clinique, en effet, était assez typique, avec douleur vive dans la région appendiculaire, vomissements répétés, dissociation du pouls et de la température ; et à l'examen de l'abdomen : une contracture légère mais nette, et une douleur généralisée à la pression.

OBSERVATION N° II

(Service de M. le Docteur Bréchet)

J... Gabrielle, âgée de 9 ans, est prise le 21 mai 1926, dans la soirée, de douleurs abdominales prédominant dans la fosse iliaque droite. Pas de vomissements.

Le lendemain 22 mai, l'enfant est amenée d'urgence à l'hôpital à 8 heures du soir.

En l'interrogeant, on apprend que, depuis hier, elle n'a eu aucun vomissement, ni aucune selle. Elle se plaint seulement de douleurs abdominales spontanées.

Examen : Le faciès est bon, la langue est humide. La température est à 38°5 le pouls bat à 132.

Localement on constate une contracture abdominale généralisée nette. Douleur généralisée à la pression plus nette toutefois à droite qu'à gauche.

Sur cet ensemble, le diagnostic fait, est celui de Péritonite généralisée appendiculaire.

L'intervention est faite trois heures plus tard, par M. Métivet.

Incision de Mac Burney.

A l'ouverture du péritoine, on constate la présence d'une petite quantité de liquide séro-purulent fétide.

L'appendice est adhérent, difficile à extérioriser. Il est gros, turgescant, entouré de fausses membranes au niveau de sa pointe qui porte une perforation de la taille d'une petite lentille.

Les anses intestinales voisines sont recouvertes de fausses membranes verdâtres.

Lavage des anses intestinales à l'éther. Drain dans le Douglas.

Suites opératoires.

Le lendemain 23 mai, la température est tombée à 37°8, le pouls bat à 110, Le faciès est bon, l'enfant se sent bien.

Les jours suivants, la température baisse peu à peu et revient à la normale.

L'enfant sort guéri dans les premiers jours de juin.

— Ici encore le diagnostic de la Péritonite appendiculaire a été relativement facile.

Il n'en a pas été de même dans les cas suivants.

OBSERVATION N° III

(Service de M. le Docteur Bréchet)

M... Robert, âgé de 8 ans, est envoyé d'urgence par un médecin, le 15 mai 1926.

L'enfant est malade depuis le 12 mai. Début par vomissements, diarrhée, douleurs abdominales. Les parents croient à un embarras gastrique et purgent l'enfant.

Dans la nuit du 12 au 13, nouvelle douleur abdominale, un vomissement bilieux. On appelle un médecin qui ne pose pas de diagnostic ferme et lui donne une potion calmante.

Le 13, au soir, l'enfant vomit de nouveau.

Le 14, le médecin le voit pour la deuxième fois. Il pense à une appendicite probable et fait mettre une vessie de glace. De toute la journée, l'enfant n'a eu aucun vomissement.

Le 15, au matin, l'enfant vomit deux fois (vomissements verdâtres, presque noirs). Le médecin est appelé à nouveau et conseille l'entrée d'urgence à l'hôpital.

Examen. — (Le 15 mai, à midi).

L'enfant est abattu, le faciès est pâle, les yeux sont excavés. Les extrémités sont refroidies, on constate des marbrures sur les membres. La langue est blanche. La température est à 37°,2 ; le pouls bat à 100, régulier, bien frappé. Un hoquet se produit au moment de l'examen.

Le ventre est un peu ballonné, sonore à la percussion. On ne constate aucune contracture abdominale, mais, par contre, une

douleur généralisée à la pression, particulièrement nette à gauche.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

L'enfant a eu, ce matin, une selle diarrhéique.

On fait le diagnostic d'appendicite gangréneuse.

A trois heures de l'après-midi, le chirurgien de garde, voit l'enfant avant l'intervention.

L'état général de l'enfant, depuis son admission, s'est considérablement amélioré : le faciès est recoloré, la prostration moins marquée. La température prise à nouveau est toujours normale ($37^{\circ},2$).

Localement, le ventre est très légèrement météorisé, n'est pas douloureux ni à droite ni à gauche. On ne constate aucune contraction.

Le pouls toutefois s'est un peu accéléré depuis le premier examen. Il bat à 120 toujours régulier et bien frappé.

En somme, le diagnostic paraît erroné.

Le chirurgien de garde décide cependant l'intervention croyant trouver un appendice sain.

Intervention :

Incision de Mac Burney.

Présence dans tout l'abdomen d'un liquide séro-purulent. Les anses grêles sont météorisées, rouges, violacées.

L'appendice est gros représentant une perforation de la taille d'une tête d'épingle près de sa pointe. Pas d'adhérences.

Appendicectomie, enfouissement.

Drain dans le Douglas.

Suture partielle au moyen de deux crins.

Glace sur abdomen.

L'appendice ouvert présente une petite plaque de sphacèle et au centre la perforation. On constate la présence d'un petit calcul stercoral.

OBSERVATION N° IV

(Service de M. le Docteur Bréchet)

W... Odette, 5 ans 1/2, est amenée d'urgence à l'Hôpital le 21 septembre 1926, à 10 heures du soir.

Le 20 au soir, l'enfant a été prise de douleurs abdominales, étant en vacances. Ramenée chez ses parents, on la purge.

Les douleurs continuent, les vomissements sont nombreux dans la nuit du 20 au 21.

Le 21 après-midi, les douleurs persistent, les vomissements se répètent, verdâtres.

Examinée à son arrivée, on constate une température de 39°,6 le pouls bat à 120.

Le ventre est nettement douloureux au point de Mac Burney, douloureux également dans la fosse iliaque gauche. Pas de contracture.

La langue est blanche, humide.

Le faciès est bon, les pommettes colorées, pas d'herpès.

A l'examen des poumons : respiration normale, pas de signes de pneumonie.

Malgré cela, devant l'absence de contracture, la température à 39°,6, l'absence de dissociation du pouls et le faciès vultueux, l'interne de garde pense plutôt à une pneumonie qu'à une appendicite.

L'intervention est différée.

Le lendemain, la température se maintient à 39°,6, le pouls est accéléré, bat à 160, petit et hypotendu.

Le faciès de l'enfant s'est fortement altéré depuis la veille. Les yeux sont cernés, le nez pincé.

Localement le ventre est plus douloureux que la veille, la souplesse est beaucoup moins nette.

On décide l'opération d'urgence sur le diagnostic de péritonite appendiculaire.

Intervention. — Dès l'ouverture du péritoine, issue d'un liquide sero-purulent. On ne peut arriver à trouver l'appendice; l'orifice est agrandi et finalement on trouve coecum au niveau de la ligne médiane et l'appendice dans la fosse iliaque gauche.

L'appendice est sphacelé, verdâtre; on constate la présence de fausses membranes verdâtres sur le coecum.

Appendicectomie.

Drainage large (2 drains, 3 compresses).

Glace sur le ventre.

Huile camphrée.

Serum glucosé rectal goutte à goutte (250 cc).

L'après-midi la température est à 40°, le pouls bat à 140°, petit et irrégulier.

L'enfant est très fatigué.

(Huile camphrée — caféine — 150 c c de serum glucosé rectal goutte à goutte).

Le lendemain la température est à 39° ; le pouls bat à 150, bien meilleur.

(Piqûres d'huile camphrée, caféine).

L'enfant sort de l'Hôpital, dans un état grave, emmené par ses parents.

OBSERVATION N° V

(Service de M. le Docteur Bréchet)

B... Jean, 4 ans, est amené d'urgence à l'Hôpital Trousseau, le 15 novembre 1926, à 9 heures du soir.

Dans l'après-midi, à la sortie de l'école, l'enfant, jusqu'alors bien portant, est pris brusquement d'une douleur vive dans la partie droite de l'abdomen suivi d'un vomissement.

A son arrivée à l'hôpital, l'enfant continue à se plaindre du ventre, mais n'a pas vomi de nouveau. Sans purgation il a été à la selle spontanément dans la soirée.

La température prise à l'entrée est à 39°5. Le pouls bat à 130 régulier et bien frappé.

L'examen du ventre montre peu de chose. L'abdomen est souple, douloureux dans sa partie droite, non pas au niveau de la région appendiculaire, mais plus haut au niveau des fausses côtes ; la fosse iliaque gauche très souple est absolument indolore. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

En somme, rien de précis pour affirmer qu'il s'agit d'une appendicite.

D'ailleurs l'attention est attirée vers l'appareil pulmonaire par l'existence d'une légère dyspnée avec battement des ailes du nez, de quelques accès de toux et surtout par une rougeur très nette de la pommette droite.

Il n'existe cependant pas d'herpès, et l'examen de l'appareil pulmonaire pratiqué avec attention ne montre aucun signe de pneumonie, ni de congestion pulmonaire.

Malgré l'absence de signes physiques nets de pneumonie, devant le début brusque avec température à 39°5, dyspnée, battement des ailes du nez, rougeur de la pommette et signes abdominaux nuls, on pose le diagnostic d'une affection pulmonaire aiguë. L'enfant est gardé la nuit dans le service de chirurgie, avant d'être passé dans un service de Médecine. Le lendemain matin, la température est toujours à 39°, la dyspnée, la toux, la rougeur de la pommette existent encore, mais l'abdomen est moins souple, la région appendiculaire légèrement douloureuse et surtout dans la nuit *l'enfant vomit de nouveau deux fois*.

L'apparition de ces deux nouveaux vomissements, fait penser au Docteur Bréchet qu'il s'agit d'un appendicite. L'opération est décidée aussitôt.

Anesthésie au chloroforme.

Incision de Mac Burney. Il sort dès l'incision du péritoine un liquide séro purulent fétide. L'appendice est perforé.

Ablation de l'appendice sans enfouissement.

Drainage.

Les suites opératoires sont excellentes. La température baisse rapidement et quelques râles ronflants apparaissent les trois jours suivants dans la poitrine, mais rapidement conjurés.

L'enfant sort guéri au début de décembre. »

Cette observation montre d'une façon typique combien peuvent être frustes les signes d'une péritonite appendiculaire de l'enfant.

L'apparition de deux nouveaux vomissements au cours d'un état où l'on hésitait entre appendicite et pneumonie, a suffi pour faire pencher la balance du côté de l'appendicite.

L'intervention ainsi pratiquée très tôt, a permis de sauver l'enfant.

OBSERVATION N° VI

(Docteur Bréchet)

Il s'agit d'une enfant de 13 ans, ayant présenté au début, des troubles digestifs, sans localisation appendiculaire.

Le matin, la mère a purgé l'enfant, puis dans la soirée, devant l'apparition de douleurs abdominales un médecin est appelé à examiner l'enfant et soupçonne un appendicite.

Le lendemain, le Dr Bréchet voit l'enfant à son tour ; faciès excellent ; pas de vomissements, ventre souple, légèrement douloureux à la pression. Pas de douleur appendiculaire nette ; pas de contracture. La température est à 37°,5 ; le pouls est normal, régulier, bien frappé.

Mais l'enfant se plaint depuis quelques heures d'une *douleur dans la fosse iliaque gauche.*

En face de ce seul symptôme *et du purgatif qui a été administré*, le Dr Bréchet pense qu'il ne s'agit plus d'une appendicite banale, mais d'une péritonite généralisée et, bien que la famille et même le médecin ne soient pas partisans de l'intervention, décide d'opérer d'urgence.

Intervention : l'appendice est fort malade, le ventre est rempli d'une sérosité purulente.

Drainage. L'enfant a guéri.

OBSERVATION N° VII

(Broca. — Bulletin Médical 21 février 1898)

Ici la mort est due à un retard qui dépend en partie de moi.

Il s'agit d'un garçon, malade depuis quinze jours, purgé et repurgé, sur lequel en ville, M. Comby, appelé en consultation, n'avait pas cru devoir admettre l'appendicite, malgré l'avis, tardif d'ailleurs, du médecin de la famille. Et, lorsque en présence d'accidents graves de péritonite l'enfant fut apporté à l'hôpital, je me trouvais fort embarrassé.

L'histoire du début manquait, en effet, de netteté et d'autre part, le ventre était uniformément ballonné, sonore et douloureux. Pas d'empatement pelvien au toucher. Le poulx n'était pas trop mauvais quoique très fréquent et je restai dans le doute le 14 et le 15 décembre; enfin, le 16, comme la mort à brève échéance me paraissait inévitable et comme la *défense musculaire* était un peu plus accentuée à droite de l'abdomen, j'incisai dans la fosse iliaque droite et trouvai du pus.

L'opéré succomba le 18 décembre, et, il est incontestable que j'ai eu tort d'attendre 48 heures de plus. Il est presque certain que le jour de l'entrée, la péritonite était déjà diffuse et que sur quinze jours de retard, je dois en prendre deux à mon passif, alors que les symptômes indiquaient, en cas d'appendicite, une opération sans doute désespérée, mais urgente.

Par la pression, la percussion, la palpation, je ne trouvais il est vrai aucun foyer, mais, j'aurais dû partir de ce principe que dans le sexe masculin, toute péritonite, abstraction faite de la rare péritonite à pneumocoques relève d'une appendicite et exige la laparatomie, également indiquée pour la péritonite à pneumocoque.

OBSERVATION VIII

(Hôp. Trousseau, In. thèse Boulanger 1913)

B... André, 5 ans, enfant nourri au sein, toujours bien portant. Début de l'affection le 7 mars par des vomissements survenus au moment où l'enfant venait de se coucher. Les parents le purgent le lendemain, mais on applique plus tard de la glace sur l'abdomen.

Les douleurs ne sont pas calmées par la glace, elles persistent encore le 17 mars, tandis que les vomissements ne se sont pas renouvelés depuis le début de la crise. A la palpation on trouve une légère contracture à droite, mais sans hypéresthésie cutanée. Point de Mac Burney, nettement douloureux. La palpation révèle de l'empâtement autour du point de Mac Burney, empâtement

qui s'étend jusqu'à l'arcade crurale, mais sans atteindre la ligne médiane. Pas de faciès péritonéal. Température 37°5, pouls 100.

Le 23 mars, rétraction du ventre, contracture pouls 84 faible. Température 36°,6.

Le 24, l'induration semble demeurer autour du point de Mac Burney pour se rapprocher de la ligne médiane.

Le 25, tuméfaction sous ombilicale. Pouls 120. Température 36°,2.

Opérations : Le péritoine ouvert, il s'écoule du liquide séro-purulent en assez grande quantité. Le coecum est rouge, non adhérent. L'appendice est turgescent et perforé près de l'extrémité. Dans le Douglas on trouve aussi du liquide séro-purulent. Drainage. Guérison.

OBSERVATION IX

(Mauclaire, *Médecine Moderne*, 1903)

Enfant opéré dans le service de M. Brun : Pas de fièvre (37°8). faciès n'était pas altéré. La douleur iliaque *gagnait un peu la ligne médiane*, pas de ballonnement abdominal, pas de plastron appréciable à la palpation. Le pouls était à 130.

Huit heures après l'application de glace, l'enfant avait eu un vomissement bilieux abondant.

Dans le doute, je me décidai à intervenir et je trouvais une péritonite généralisée.

Lavage au sérum. — Drainage.

L'enfant a guéri.

OBSERVATION N° X

(**Mauclaire.** *Société de Pédiatrie, 5 mars 1904*)

Il s'agit d'un enfant qui eut une crise d'appendicite le vendredi : il fut alors purgé par la mère et il n'entra à l'hôpital que le dimanche soir.

Examiné à ce moment par M. Mauclaire, il n'avait aucun signe bien net de péritonite généralisée : la température était à 39°, le pouls à 120, pas de ballonnement du ventre, *douleur légère de la fosse iliaque droite, diffusant un peu vers la ligne médiane.*

La laparatomie exploratrice fut pratiquée à droite ; la cavité péritonéale était remplie de pus. Drainage. L'enfant a guéri,

OBSERVATION N° XI

(**Kolmann** *Correspondenzblatt für Schweizer Aerte 1899, p. 753. In thèse Boulanger*)

Garçon de deux ans, entrant à l'hôpital avec diagnostic d'illeus.

Trois semaines avant, un médecin dit lui avoir réduit une hernie étranglée.

Deux jours avant l'entrée, début par vomissements, douleurs abdominales, météorisme, arrêt des matières. On fait le diagnostic *d'étranglement interne.*

Intervention immédiate. On trouve une péritonite généralisée.

L'appendice présente une perforation de la dimension d'une lentille. Résection. Drainage. Plus tard, il y eut un abcès qui s'ouvrit dans le rectum, puis guérison complète.

CONCLUSIONS

A la suite de cette étude, il nous semble que l'on puisse poser les conclusions suivantes à propos des péritonites purulentes généralisées d'origine appendiculaire, chez l'enfant :

1. — A côté des formes typiques, il existe très fréquemment des péritonites, frustes dans leur symptomatologie, sournoises dans leur évolution et cependant très graves, si l'intervention n'est pas pratiquée dans les premières heures.

2. — Dans ces « formes larvées », nous attirons l'attention sur quelques symptômes de première valeur, parfois d'ailleurs isolés.

— La dissociation du pouls et de la température.

— La douleur à la pression de la fosse iliaque gauche.

— La contracture abdominale généralisée, même très légère.

— L'arrêt de la respiration diaphragmatique.

Et, sur ce fait que la présence d'un seul symptôme anormal, dans son intensité, dans son évolution, dans son mode d'apparition, doit imposer l'intervention immédiate.

3. — Si quelques affections peuvent simuler la péritonite appendiculaire, nous croyons que, dans les cas où un doute subsiste, il faille pencher vers la lésion de l'appendice.

VU :

Le Président de la Thèse,
OMBREDANNE.

VU :

Le Dogen,
H. ROGER.

VU :

et permis d'imprimer,
LE RECTEUR
de l'Académie de Paris
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Apert.** — Précis des Maladies des enfants.
- Barillet.** — De quelques erreurs de diagnostic dans l'appendicite chez l'enfant (*Thèse Paris 1907*).
- Broca.** — Précis de chirurgie infantile.
Leçon cliniques de chirurgie infantile.
- Bérard.** — Les péritonites généralisées d'origine appendiculaire (*Bull. Méd. 1904, N° 61*).
- Blais.** — Contribution à l'étude formes graves appendicite (*Thèse Paris, 1905-6*).
- Blechmann.** — Nourrissons et enfants.
- Boulanger.** — (*Thèse Paris 1912-13, 337*) contribution à l'étude appendicite dans première enfance.
- Bréchet.** — « *La science médicale pratique* », mars 1926 (diag. append. aiguë chez enfant, Bréchet et A. Pellé).
- Chapeyron.** — Péritonites généralisées d'origine appendiculaire (*Thèse Paris, 1905*).
- Cheinisse.** — La valeur pronostique et diagnostique de la fièvre dans l'appendicite (*Sem. Méd. 1904*). (« Art. appendicite » par Brun et Veau).
- Comby.** — Traité des maladies des enfants *Journ. de Méd. et de Chir., 10 mars 1907*).
- Delbet.** — Traitement appendicite « Leçons de clinique chirurgicale. Un symptôme de perforation appendiculaire » *Presse Méd. 1908, N° 45, 3 juin*).
- Dervaux.** — Point de côté abdominal et péritonite chez l'enfant (*Journ. des Sciences Médicales de Lille, 1906, T. II*).

Discussions à la Société de Chirurgie
à la Société Médicale des Hôpitaux
à l'Académie de Médecine.

Dieulafoy. — Cliniques Médicales de l'Hôtel-Dieu.
Pathologie interne.

Forgue. — Pathologie externe (T II).

Guinard. — Article « Infection du péritoine » in Delbet, le
Dentu.

Jaboulay. — Appendicite suppurée (*Gazette des Hôpitaux*,
17 décembre 1908).

Jalaguier. — in traité de chirurgie de Riche.

Kirmisson. — Précis de chirurgie infantile.
Importance de l'hypéresthésie cutanée comme signe de
gangrène et de perforation appendiculaire (*Bull. Méd.*
mai 1912).

Lancet. — La température et le pouls dans les appendicites
aigües (*Thèse de Paris*, 1906).

Lejars. — Chirurgie d'urgence.

Legueu. — Traitement de l'appendicite (*Œuvre Médico-Chirur-
gicale*, 1889.)

Lesne et Marre. — Point de côté abdominal et phén. append.
de la Pneumonie infantile. (*La Clinique*, 1908).

Leveuf. — Chirurgie d'urgence.

Londe P. — « La Péritonite appendiculaire » in *Nouveau Traité
de médecine* (Roger-Widal-Teissier).

Manselle Moulin. — Sur la signification de quelques-uns des
signes de l'appendicite au point de vue urgence d'une
opération (*British. Méd. Journal*, 22 août 1908).

- Marfan.** — Société Médicale des Hôpitaux (1903).
Cliniques maladies première enfance.
- Mauclaire.** — Péritonites appendiculaires à début insidieux
« *La Clinique* » 30 juillet 1909.
Difficulté de diagnostic précoce dans les gr. péritonites
appendiculaires insidieuses. (*Méd. Mod.* 1903, p. 274.)
- Monde Médical.** — Paris, 1923, 598-602. (La conception actuelle
des Péritonites généralisées et leur traitement).
- Neuf agrégés.** — (Précis de Patho-Chir. Tome III).
- Nobécourt.** — Précis de Médecine infantile.
- Ombredanne.** — Précis clinique et opératoire de chirurgie
infantile.
- Sauvé.** — Conception actuelle des péritonites généralisées (*Presse
Médicale, Paris 1923, XXXI-435-438*).
Les péritonites aiguës généralisées et le praticien (*J. de
Méd. et Chir. Prat. Paris, 1924, XCV 5 à 13*).
- Savariaud.** — Discussion sur les péritonites aiguës (Congrès de
Chirurgie 1911).
- Talamon.** — Appendicite et pérytyphlite 1892 (V).
- Tussau.** — Traité de symptomatologie topographique chirur-
gicale 1927.
-

